

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

166

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre DUFOUR

Né à Ajain (Creuse), le 4 janvier 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

800

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre DUFOUR

Né à Ajain (Creuse), le 4 janvier 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHÉTIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

REITTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique
 N Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE REGRETTE

GASTON PÉRONY

*Il fut ravi trop tôt à notre affec-
tion mais son souvenir est vivace
au fond de notre cœur*

A MON PÈRE. A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Je dédie ces quelques pages.
Faible témoignage de ma pro-
fonde affection et de mon infinie
reconnaissance.*

A MON GRAND-PÈRE

A MES GRANDS MÈRES

A MES ONCLES. A MES TANTES

A MES COUSINS ET COUSINES

A MON VIEIL AMI

LE DOCTEUR ROBERT LAUTRAITE

*Avec lequel j'ai accompli
toutes mes études. En souvenir
de notre bonne amitié.*

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

*Qu'il nous permette de lui
exprimer ici notre profonde
gratitude pour son enseigne-
ment dont nous avons bénéficié
et pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant de prési-
der cette thèse. Témoinage de
notre vive gratitude et de notre
profond respect.*

A MONSIEUR VAUDESCAL

Professeur agrégé à la Faculté

*Dont les conseils éclairés nous
ont facilité notre tâche.*

A MONSIEUR CHOMÉ

Chef de Clinique à la Faculté

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, et qui nous a guidé
avec bonté au cours de ce travail.*

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE LIMOGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE
DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude scientifique complète des déchirures du périnée ni d'indiquer ici les différentes techniques opératoires employées pour leurs réparations.

Nous nous bornerons à réunir quelques idées générales sur cette question, afin d'en donner une vue d'ensemble. Puis nous adressant tout particulièrement aux praticiens nous indiquerons un nouveau moyen prophylactique.

La fréquence des déchirures du périnée, la difficulté à laquelle on se heurte pour les éviter, la gravité de certaines et les troubles qu'elles déterminent nous montre tout l'intérêt de cette question.

Mettre à la portée de tous les praticiens un procédé simple, une méthode efficace de technique facile qui permette tout au moins de diminuer cette fréquence sera le but de ce travail.

Notre étude comprendra trois chapitres.

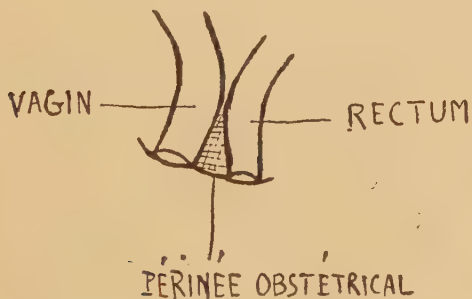
Dans le premier nous exposerons, simplement, l'anatomie de la région périnéale, son innervation, sa physiologie. Le second comprendra l'étude des différentes déchirures et plus particulièrement les déchirures interstitielles ainsi que les divers moyens employés pour les éviter. Puis dans le troisième chapitre nous indiquerons un moyen prophylactique appuyé sur plusieurs observations.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DE LA RÉGION PÉRINÉALE

Le périnée est un puissant massif musculaire qui forme un solide plancher aux organes pelviens. C'est un diaphragme élastique perforé par un canal l'urèthre et par deux conduits le vagin et le rectum. Alors que chez les animaux vagin et rectum sont accolés, chez la femme ces deux conduits limitent entre eux un espace triangulaire à base inférieure ; que l'on considère à juste titre comme la partie la plus importante du périnée au point de vue obstétrical.

Une coupe sagittale nous en donne une idée simple que l'on peut schématiser ainsi.



Pour simplifier notre description anatomique de la région nous allons considérer le périnée formé de deux plans musculaires.

Plan musculaire profond.

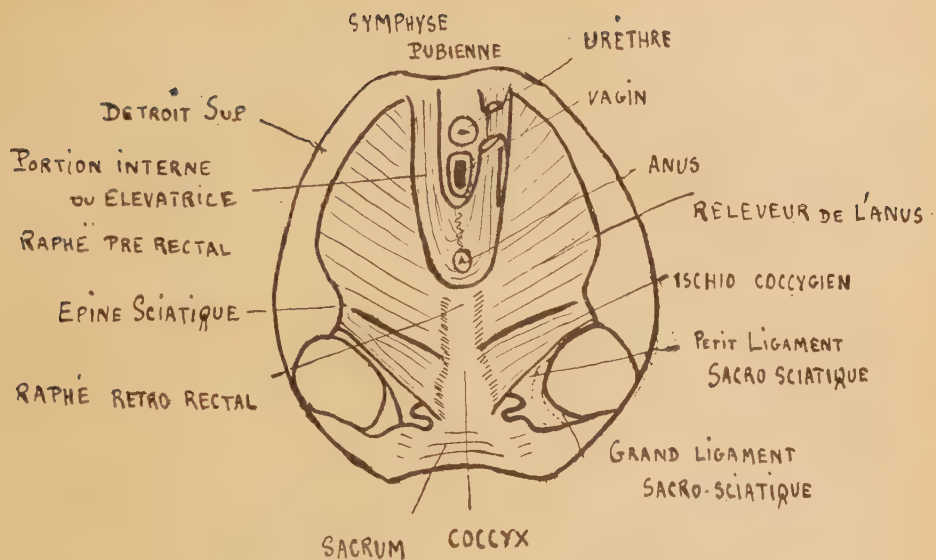
Il est formé par le releveur de l'anus. Muscle pair, mince, aplati dont le nom semble mal choisi puisque son rôle principal est de fermer le bassin par en bas.

Ce muscle est formé par trois ordres de faisceaux les fibres ischio-coccygiennes ilio-coccygiennes et pubio-coccygiennes. Toutes ces fibres convergent sur la ligne médiane où elles s'entrelacent, s'enchevêtrent avec celles du côté opposé formant une espèce d'auge, une cupule musculaire, un infundibulum, un entonnoir qui soutient dans sa cavité tous les organes pelviens.

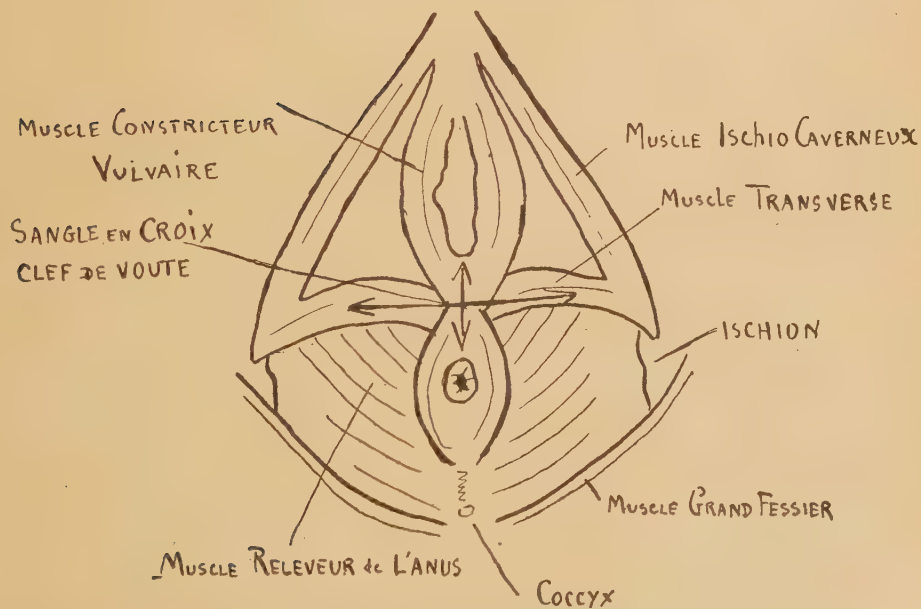
Plan musculaire superficiel.

C'est un renforcement du plan profond particulièrement à ces points faibles.

Sur la ligne médiane deux muscles en 8 de chiffre à boucles inégales, le constricteur vulvaire et le sphincter anal. Sur les côtés on trouve en avant les ischio-caverneux convergeant vers le clitoris et à la partie moyenne le muscle transverse venant couper à 90°, le point de jonction des deux constricteurs ; ce système transverse sous-jacent formant avec les constricteurs une *sangle en croix* excessivement solide. Le point de croisement sur la ligne médiane sera la clef de voûte des ogives musculaires qui



Muscle releveur de l'anus.



Muscles du plan superficiel.

s'en éloignent et l'on comprend facilement que la lésion de ce carrefour entraîne l'effondrement de l'édifice périnéal.

Tous ces muscles sont séparés entre eux et sont isolés de la peau et de la séreuse péritonéale par trois solides aponévroses.

Innervation.

Les muscles du périnée sont innervés par de nombreux filets qui proviennent du plexus honteux formé par l'union du 4^e nerf sacré auquel s'ajoute la presque totalité du 3^e et une légère partie du 2^e nerf sacré.

Le plexus situé dans le petit bassin répond en arrière au plan formé par le pyramidal et l'ischio-coccygien dans la région où ses deux muscles sont proches l'un de l'autre. .

Le plexus honteux donne des branches collatérales : *le nerf du releveur de l'anus* qui s'en détache non loin du bord antérieur de la grande échancrure sciatique ; il se porte d'abord en avant, repose sur l'ischio-coccygien tout près de ses insertions à l'épine sciatique, puis s'applique au releveur de l'anus, glisse entre lui et l'aponévrose pelvienne, répondant aux faces latérales du vagin et gagne la partie antérieure du muscle en donnant de nombreux rameaux qui pénètrent dans les interstices musculaires.

Le nerf de l'ischio-coccygien descend directe-

ment sur la face antérieure de ce muscle en lui donnant plusieurs filets.

Le nerf hémorrhoidal ou anal, qui suit le bord inférieur du muscle pyramidal, se cache sous le grand ligament sacro-sciatique, traverse le creux ischio-rectal et les pelotons cellulo-adipeux de la fosse ischio rectale pour atteindre le sphincter de l'anus. Bien souvent les filets terminaux s'anastomosent avec ceux du nerf périnéal superficiel.

La branche terminale du plexus honteux prend le nom de *nerf honteux interne*.

Le nerf honteux interne est tout d'abord en rapport avec le muscle pyramidal qu'il double pour atteindre la région profonde de la fesse où il repose sur la partie terminale du petit ligament sacro-sciatique juste en dedans des vaisseaux honteux internes. Après avoir contourné le bord inférieur du petit ligament sacro-sciatique il pénètre dans le creux ischio-rectal ou avec les vaisseaux honteux il est contenu dans le canal d'Alcock. Dans la paroi externe du creux ischio-rectal le nerf est oblique en bas et en avant sur une longueur de 5 centimètres et il se divise au niveau de la face interne de l'ischion en deux branches terminales, *le nerf périnéal* et *le nerf dorsal du clitoris*. *Le nerf périnéal* lui aussi se divise en deux rameaux, l'un *le périnéal superficiel* va au tissu cellulaire sous-cutané et aux grandes lèvres, l'autre, *le périnéal profond*, donne trois branches qui vont l'une au muscle transverse, l'autre au sphincter externe, la troisième à l'ischio-caver-

neux et au bulbo-caverneux. *Le nerf dorsal du clitoris* laissant à distance les parois latérales du vagin va au clitoris.

Physiologie.

Propulsé par les puissantes contractions utérines renforcées elles-mêmes par les contractions abdominales, le pôle fœtal dilatant la filière vagino-périnéo-vulvaire s'insinue vers l'extérieur.

Avant de l'atteindre et de quitter l'organisme maternel il doit lutter et franchir un dernier obstacle: le périnée. Il y a lutte entre l'ovoïde fœtal et les parties molles maternelles. Cette lutte peut durer plus ou moins longtemps. C'est la période de désespoir des anciens accoucheurs durant laquelle chaque centimètre gagné par la présentation lors d'une contraction est repris par le périnée dès qu'elle cesse.

Finalement le périnée doit se laisser vaincre, il s'allonge, s'étire dans sa portion ano-rectale d'abord, ano-vulvaire ensuite. De 1 à 2 cm. qu'il mesurait avant le début du travail il passe à 10, 15, 20 cm. Son amincissement est extrême. Un doigt glissé entre la présentation et le périnée permet de s'en rendre compte facilement.

Tous les muscles sont étalés, écartés, dissociés comme « les baguettes d'un éventail ouvert ».

Cette distension du périnée que sollicite la présentation ne saurait avoir lieu si elle n'était préparée par un ensemble de phénomènes physiologi-

ques inhérent à l'état gravide et particulièrement à la période voisine du terme. L'inhibition de toutes les parties molles maternelles de la région périnéale par suite de la congestion veineuse intense procure cette élasticité au périnée, sans laquelle l'accouchement ne saurait se faire sans effraction.

Nous avons essayé, nous dit Tarnier, de faire des applications de forceps sur des cadavres de femmes mortes sans être ou enceintes ou nouvellement accouchées et nous avons toujours constaté combien dans ces conditions le plancher périnéal est résistant et combien il est difficile de le distendre sans le déchirer sur une grande étendue.

Pendant la gestation au contraire le périnée acquiert une souplesse qui lui permettra de se dilater au moment de l'accouchement et de se transformer en un canal assez large pour livrer passage au fœtus. Le périnée subit donc pendant la gestation des modifications relatives à l'élasticité des tissus qui le composent. Cette distension du périnée s'accompagne d'un allongement des ligaments utérins et d'une imbibition de tous les organes qui concourent à assurer la statique pelvienne.

Bien souvent le périnée distendu se déchire. Des périnées longs et résistants sont peu dilatables, des périnées courts et élastiques sont peu solides. Du reste les conditions ne sont pas toujours normales, le manque de souplesse des tissus que l'on observe chez la primipare d'un certain âge, l'étroitesse de la vulve sont des causes de déchirures, de

même le volume excessif de la tête, une expulsion trop vive, un dégagement en occipito-sacré, un forceps un peu brutal ou seulement trop rapide et bien d'autres causes qui permettent d'attribuer l'accident tantôt à la mère, tantôt à l'enfant, tantôt à la personne même chargée des manœuvres de l'accouchement.

CHAPITRE II

LES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

De tous les accidents qui peuvent survenir au cours de l'accouchement la déchirure du périnée est de beaucoup le plus fréquent : on l'observe dans une proportion de 18 % des cas (Jeannin).

On peut les diviser en deux catégories. Les déchirures ouvertes et les déchirures fermées.

A) Déchirures ouvertes.

1° Incomplètes. — Ce sont celles qui intéressent seulement le périnée antérieur ; elles se trouvent très rarement sur la ligne médiane, généralement elles sont latérales. Les lèvres de la plaie sont déchiquetées et infiltrées de sang. Les muscles atteints sont généralement le transverse et le bulbo-caverneux. Parfois l'enveloppe cutanée est déchirée sur une plus grande étendue que le muscle.

Dans la plaie les fibres musculaires sectionnées sont rétractées et difficiles à retrouver pour la suture. Dans le vagin la déchirure remonte de 4 à 5 cm. sur la paroi postérieure, là non plus la ligne

de déchirure n'est pas médiane et a gagné sur l'un ou l'autre côté.

Leur réparation immédiate donne de bons résultats mais on ne doit pas la pratiquer en cas d'infection amniotique. La suture en 1 plan faite aux crins donne de bons résultats. Il ne faut pas charger la muqueuse vaginale car elle se recroqueville, forme une rigole et cause de l'infection.

Une autre méthode consiste à suturer en trois plans. Souvent le plan vaginal est impossible à suturer.

2° Déchirures complètes. — Les déchirures complètes intéressent non seulement les muscles du périnée antérieur mais atteignent le releveur de l'anus. L'orifice anal semble alors être un anneau brisé à sa partie antérieure. La plaie, pas toujours médiane, est anfractueuse et les faisceaux du releveur surtout se retrouveront difficilement au fond de la plaie mais généralement dans une petite fossette. Dans ce cas il s'agit de bien reconstituer les plans musculaires déchirés, et surtout le sphincter par quelques points au catgut.

3° Déchirures compliquées. — Identiques aux précédentes, seulement ici la déchirure atteint la paroi du rectum et remonte sur cette paroi à une hauteur plus ou moins grande : 4, 6, 8 centimètres. Dans ce cas le vagin et le rectum communiquent largement.

Il faudra d'abord suturer le rectum par un plan

musculo-muqueux ; insérer les fils à l'intérieur du rectum ou éverser la muqueuse qui empêche la réunion, puis suturer le périnée.

Un autre procédé consiste à abaisser le rectum et à resséquer la partie déchirée ; la technique est délicate, car il faut libérer le rectum, c'est-à-dire dédoubler la cloison recto-vaginale.

4^e Déchirures centrales. — Beaucoup plus rares que les précédentes. L'éclatement n'est généralement pas central. Le périnée est déchiré entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus, le pourtour des orifices étant intact, du moins au début. Elle se produit dans des conditions un peu particulières, elle suppose une résistance spéciale de l'anneau vulvaire qui ne se laisse point forcer par la tête, si bien que cette dernière distend le périnée antérieur aminci, ischémié, œdématié bien souvent jusqu'à le faire éclater. A noter que cette déchirure qui rarement va gagner la vulve aura plutôt tendance à gagner l'anus, ce qui constitue son principal danger.

B) Déchirures fermées.

Déchirures interstitielles. — Ces déchirures sont bien moins connues que les précédentes car elles sont dissimulées par les téguments intacts.

On ne les découvre que par une recherche attentive lorsqu'on connaît bien les symptômes qu'elles déterminent.

Elles siègent au niveau des releveurs de l'anūs, atteignant les piliers latéraux avec ruptures transverses très importantes ou encore sur la ligne médiane entre le rectum et le vagin. Les releveurs s'écartent l'un de l'autre et voilà formé une espèce d'éventration qui disloque la statique périnéale et entraîne l'effondrement du périnée.

La vulve béante a une forme particulière. Ce n'est plus une fente, c'est un triangle irrégulier à base inférieure. Devant cet aspect de la vulve il faut toujours songer à une déchirure interstitielle.

Faites pousser la femme. Le périnée bombe au moindre effort.

Le toucher permet de fixer les dégats. Chez la nullipare en pratiquant un toucher vaginal soigneux on sent sur la paroi inférieure du vagin un plan tendineux formé par deux piliers qui fuient et gagnent le fond en se rapprochant. Faites contracter la femme vous constatez immédiatement que les deux piliers prennent part à la contraction et se durcissent.

Chez la nouvelle accouchée avec rupture interstitielle le toucher va donner d'autres sensations. Les piliers, difficiles à sentir, paraissent très grêles en comparaison, leur base semble écartée et entre eux on peut sentir la paroi du rectum saillante. Si on fait alors contracter la femme on sent à peine deux petits replis minces.

Le périnée avec rupture interstitielle est une cause fréquente d'ennuis d'autant plus que la peau

et la muqueuse intactes masquent la lésion. N'étant pas diagnostiquée elle ne sera pas réparée et nous la trouvons à l'origine de nombreux prolapsus.

Une théorie très répandue actuellement et qui se fonde sur les excellents résultats de la myorrhaphie dans le traitement des prolapsus veut que l'utérus soit soutenu plus que suspendu et que l'agent quasi-unique de ce soutènement soit le releveur de l'anus.

Le traitement des ruptures interstitielles diagnostiquées consistera à fendre les téguments pour aller suturer les muscles rompus.

Ici encore plus qu'ailleurs le traitement préventif s'impose.

Les déchirures du périnée sans être un accident grave, sans entraîner un pronostic sombre pour la nouvelle accouchée sont malgré tout des complications sérieuses que doit redouter l'accoucheur et qu'il combattra en déployant tout son art et par tous les moyens dont il dispose.

Elles guérissent généralement bien après leurs sutures précoces ou tardives à la condition de rétablir l'intégrité des plans musculaires.

Mais après elles nous trouvons des brides cicatricielles inesthétiques qui seront la cause d'un gros chagrin pour la jeune femme, chagrin dont l'exagération peut aller jusqu'à entraîner des troubles psychiques plus graves.

La malade accusera son accoucheur de l'accident,

elle redoutera et évitera une nouvelle grossesse. D'autre part, un périnée cicatriciel sera toujours un facteur de danger dont on devra tenir compte lors d'un accouchement ultérieur. Certains périnées cicatriciels trop solides sont inextensibles, d'autres qui ont été infectés sont trop friables ; en somme tous dangereux.

MÉTHODES DE PROTECTION DU PÉRINÉE.

C'est pour toutes ces raisons que depuis bien longtemps les accoucheurs ont cherché par les moyens les plus divers à protéger le périnée, à éviter sa déchirure.

Déjà dans les écrits hippocratiques, on recommandait de oindre la région avec une solution huileuse chaude pour ramollir le périnée et le rendre plus élastique. Ce procédé fut employé pendant bien longtemps comme unique moyen de protection périnéale. Puzos Baudelocque le considérait encore comme tel.

Par la suite la dilatation vaginale, digitale ou manuelle fut préconisée, plus tard, il fut adjoint à cette méthode l'emploi d'une pommade analgésiante. On masse le périnée avec de la vaseline additionnée de cocaïne et de pyramidon.

Mais vers la moitié du XVIII^e siècle, de la Motte protégea le périnée par le soutien direct. Puzos éleva ce procédé au premier rang des méthodes de protection périnéale et depuis il fut toujours employé avec diverses modifications et sert encore aujourd'hui.

Michaelis propose de substituer aux déchirures périnéales l'incision chirurgicale, il pratique cette incision sur la ligne médiane. P. Dubois et après lui Dührssen inaugurent les incisions latérales partant du 1/3 inférieur de l'anneau vulvaire. Ritgen débride l'orifice vulvaire par une série d'incisions rayonnées. Tarnier fait une incision médiane qu'il dévie sur un côté pour préserver l'anus.

Bar Brindeau Chamberlant nous donne une nouvelle idée de la question. « Modérer la trop grande brusquerie de l'expulsion spontanée, diriger le passage des divers segments fœtaux à travers l'anneau vulvaire de manière à réduire au minimum la distension des tissus maternels, tel est le meilleur moyen de prévenir les effractions de la vulve et du périnée dans les cas nombreux où elles se peuvent éviter. » Dans tout accouchement, il y a disent Tarnier et Budin (1) « un moment de dégagement qui est particulièrement dangereux pour le périnée et qui demande une très grande surveillance. Plus on ira doucement, plus on évitera les déchirures. Il faudra se méfier des expulsions trop rapides. Au moment du dégagement, toujours maintenir la flexion, s'opposer à la déflexion brusque et ne jamais lui permettre de s'opérer pendant une contraction. Tirer doucement sur un forceps, retirer toujours l'instrument au moment du dégagement.

Lorsqu'on se heurtera à un périnée infranchis-

1. Tarnier et Budin, *Traité de l'Art des accouchements*.

sable sur le point de se rompre malgré toutes ces précautions, il sera bon de pratiquer l'incision chirurgicale. Elle aura pour but d'élargir le passage et de substituer à la plaie déchiquetée et anfractueuse de la rupture inévitable une plaie rectiligne nette chirurgicale qui sera par la suite facile à affronter.

Doit-on faire l'incision médiane (Michaelis) ou latérale ! Il semble qu'il serait préférable de pratiquer l'incision latérale car on ignore au moment où on opère si l'incision donnera un jour suffisant et si elle ne sera pas agrandie par le passage de la présentation. Dans ce cas, l'incision médiane allongée irait jusqu'au rectum et l'on aurait la lésion que l'on cherchait le plus à éviter.

Doit-on faire l'incision haute ou basse ? Les incisions hautes ne donnent que peu de jour et n'évitent pas toujours la déchirure, l'incision latérale basse semble bien plus souveraine.

Dans certains cas où un grand jour est nécessaire on pourra pratiquer les incisions bilatérales. Il est prudent alors de ne pas les faire trop basses car le lambeau qui les sépare pourrait se sphacéler.

L'épisiotomie a de grands avantages ; elle partira de la fourchette et sera dirigée latéralement. Elle met l'anus à l'abri et le seul grief qu'on puisse lui faire est d'être difficile à réparer car les lambeaux de la plaie s'écartent beaucoup et de façon très inégale.

Admettre l'utilité de ces interventions (incisions épisiotomie), c'est en somme reconnaître que même



TRAIT de L'ÉPISIOTOMIE



Rétraction inégale des lambeaux.

dans un accouchement spontané il est parfois impossible de préserver le périnée par le simple soutien direct.

On sait cependant qu'à côté de ce procédé mécanique que nous reconnaissons comme souvent insuffisant il en est un autre basé sur l'emploi des anesthésiques dont l'efficacité est bien reconnue.

Les anesthésies régionales abolissent la sensibilité d'une région en exerçant à distance la « section physiologique » des nerfs qui s'y rendent.

On a employé en obstétrique avec la technique appropriée pour chacune d'elles l'anesthésie transacrée, l'anesthésie présacrée, anesthésie épidurale et surtout l'anesthésie rachidienne. Avec n'importe laquelle de ces anesthésies on obtient rapidement la résolution complète des muscles perméaux et la dilatation s'effectue beaucoup plus facilement. L'anesthésie rachidienne surtout est parfaite, elle provoque le blocage des troncs nerveux au niveau de la moëlle, supprime promptement toute sensibilité et par suite le tonus des muscles du périnée.

Aucune de ces méthodes d'anesthésie régionale n'est employée dans ce simple but, relâcher le périnée. Elles servent dans les services d'accouchements pour des interventions qui réclament avant tout une anesthésie totale.

D'autre part, elles provoquent une paralysie des sphincters et si elles n'arrêtent pas la contraction utérine on remarque par contre que la parturiente ne peut faire aucun effort expulsif et qu'il faut toujours terminer l'accouchement artificiellement.

CHAPITRE III

NOUVELLE MÉTHODE PROPHYLACTIQUE

Toutes les méthodes de protection du périnée employées aujourd'hui (soutien direct avec prudence pendant le dégagement, direction des divers segments fœtaux) étant bien souvent insuffisantes pour éviter la déchirure du périnée au cours de nombreux accouchements, d'autre part, les méthodes d'anesthésies régionales, transsacrée, présacrée, épidurale et rachidienne reconnues efficaces n'étant pas utilisables puisqu'elles troublent le mécanisme physiologique de l'accouchement nous proposons à tous les praticiens une nouvelle méthode innovée par le Dr Chomé dans son service à l'hôpital de la Pitié pour le traitement prophylactique des déchirures du périnée. L'anesthésie périnéale.

L'anesthésie périnéale.

Elle a pour but uniquement d'obtenir le relâchement du périnée au moment du dégagement. C'est une anesthésie régionale voisine ou dérivée des méthodes d'anesthésies énumérées plus haut ; seule-

ment l'anesthésique au lieu d'être porté au niveau de la moelle lombaire sur les racines des nerfs sacrés est porté ici électivement sur le trajet des nerfs qui se rendent aux muscles du périnée.

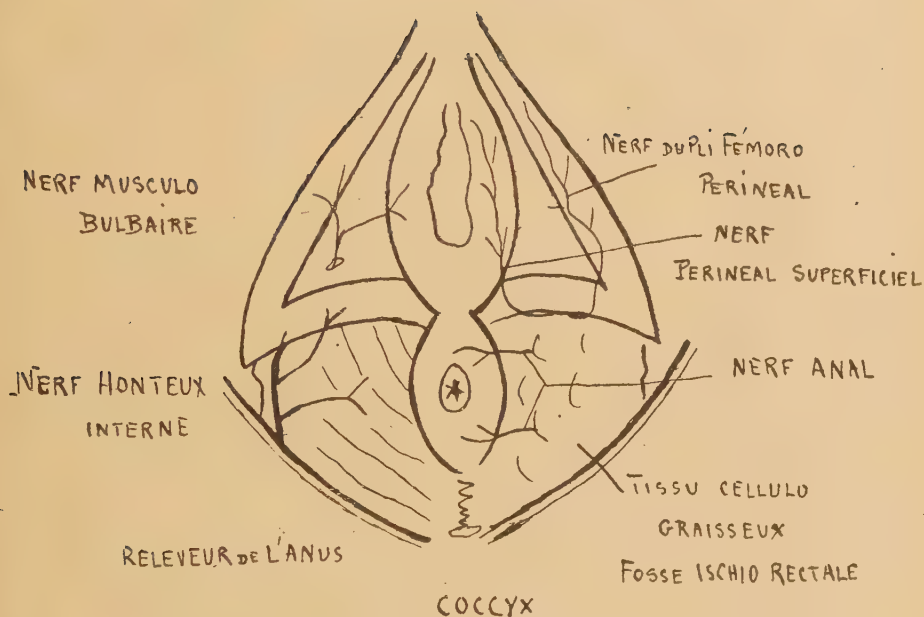
Dans notre premier chapitre sur l'anatomie de la région nous avons soigneusement décrit son innervation. Remarquons maintenant que les nerfs périméaux du moins ceux qui nous intéressent parcourent ou voisinent dans un espace circonscrit. Ce carrefour nerveux c'est le creux ischio-rectal.

Dans la moitié droite de notre schéma, au milieu du tissu cellulo-graisseux du creux ischio-rectal nous voyons le nerf hémorrhoidal ou anal qui se distribue au sphincter anal, à côte émergeant de dessous le muscle transverse, le nerf périnéal superficiel se recourbe, traverse le triangle ischio-bulbaire et s'achemine vers les grandes lèvres en donnant des filets au constricteur vulvaire et à l'ischio-caverneux.

Dans la moitié gauche de notre schéma le tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale a été enlevé et laisse voir le nerf honteux interne.

Ce nerf possède un trajet remarquablement fixe par rapport aux autres nerfs de cette région, on le trouve régulièrement cheminant à la face latérale interne de la tubérosité ischiatique dans le canal d'Alcock.

L'anesthésie de la fosse ischio-rectale du nerf honteux interne en particulier entraîne toujours celle du releveur de l'anus et nous donne par conséquent le relâchement total de la sangle périnéale.



Les nerfs du périnée dans le creux ischio-rectal.

Technique opératoire.

C'est une simple injection intra-musculaire.

Une seringue de 20 cc. et une aiguille fine longue de six centimètres en sera tout l'outillage.

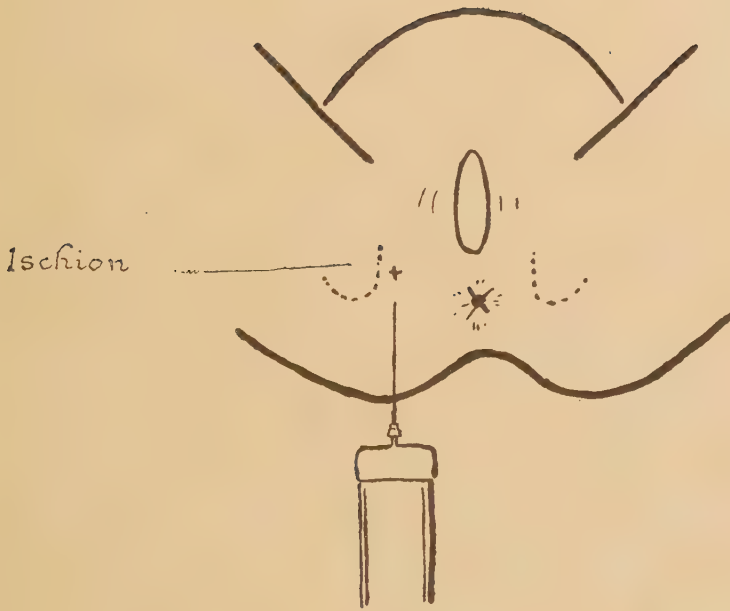
On emploiera comme anesthésique une solution de novocaïne titrée à 1/200 sans jamais y ajouter d'adrénaline.

On injectera 35 ou 40 cc. de la solution, quantité qui nous a donné de bons résultats.

Après antisepsie de la région on repérera soigneusement la tubérosité ischiatique et le bord latéral interne de l'os. On piquera à 1 centimètre en dedans du bord latéral interne de l'ischion en enfonçant perpendiculairement l'aiguille de 5 centimètres.

L'anesthésie est obtenue au bout de dix minutes. On fera donc l'injection au moment où la présentation attaque le périnée, on aura soin de ne pas blesser la tête avec la pointe de l'aiguille et on pourra contrôler le siège de la pointe de l'aiguille en pratiquant un toucher vaginal.

L'injection sera poussée lentement, l'anesthésique pourra ainsi diffuser, rayonner dans toute la fosse ischio-rectale, le tissu cellulo graisseux lache s'y prêtant parfaitement. Ainsi il atteindra les filets du releveur de l'anus.



L'anesthésie périnéale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

10 mai 1927.

Mme Br..., 44 ans, primipare.

Anesthésie périnéale. 35 cc. de novocaïne à 1/200.

Forceps très facilité par le relâchement du périnée.

Pas de déchirures.

Poids de l'enfant 3.400 gr.

OBSERVATION II

20 juin 1927.

Mme T..., 35 ans, primipare.

Parties molles résistantes.

Anesthésie périnéale (40 cc.).

Accouchement spontané.

Expulsion facile sans douleurs. Périnée intact.

Poids de l'enfant 3.250 gr.

OBSERVATION III

3 juillet 1927.

Mme L..., 27 ans, primipare.

Anesthésie périnéale (40 cc.).

Incision médiane du périnée pour lenteur de l'expulsion.

Accouchement spontané. La plaie saigne peu.

Suture du périnée sans douleurs et facile.

Périnée très solide.

Durant l'année 1928, nous relevons 32 observations d'anesthésie périnéale. Toutes sont en faveur de cette anesthésie et nous n'avons trouvé aucun accident à signaler.

Avantages constatés régulièrement.

1° Souplesse du périnée, relâchement des releveurs de l'anus, expulsion très facilitée.

2° Expulsion absolument indolore, d'où calme de la malade.

3° S'il se produit une déchirure celle-ci n'intéresse que le revêtement cutané. La plaie saigne peu, la suture en est facile car il n'y a aucune douleur ; donc tous les avantages pour suturer correctement.

4° Si malgré l'anesthésie périnéale le périnée demeure résistant (périnée cicatriciel, résistance des téguments ou de la muqueuse vaginale on pourra pratiquer l'incision médiane. Il n'y aura alors aucun risque pour le sphincter qui est relâché et se laisse facilement refouler. Jamais avec cette anesthésie nous n'avons eu une déchirure du sphincter.

Ici encore la réparation de l'incision est excessivement facile et le résultat est excellent puisqu'on obtiendra un périnée solide.

5° A plusieurs reprises nous avons laissé accou-

cher des malades à qui nous avons fait une anesthésie périnéale sans la moindre protection du périnée. Dans bien des cas nous avons vu de petites déchirures de la fourchette mais jamais de déchirures musculaires.

OBSERVATION IV

Dans 1 cas. Mme V..., 39 ans, primipare.

Anesthésie périnéale (40 cc.).

Accouchement spontané. Expulsion rapide.

La tête non sollicitée par les releveurs paralysés s'est dégagée en transverse.

Poids de l'enfant 3.500 gr. sans produire de déchirures du périnée.

6° Si après l'anesthésie périnéale on est obligé d'appliquer un forceps l'introduction et l'extraction en sont très facilitées par le relâchement du périnée. L'anesthésie n'est cependant pas suffisante pour rendre l'application de forceps indolore.

OBSERVATION V

Mme R..., 41 ans, primipare.

Anesthésie périnéale (40 cc.).

La malade pousse bien mais la tête reste élevée en gauche postérieure.

Application de forceps sur tête encore élevée très facilitée par le relâchement du périnée.

Périnée intact. Poids de l'enfant 3.600 gr.

Contrairement à ce qui s'observe dans la rachianesthésie épidurale trans-sacrée ou présacrée le besoin de pousser est conservé dans l'anesthésie périméale ce qui rend l'accouchement spontané possible alors qu'avec l'anesthésie rachidienne ou épidurale il faut terminer l'accouchement artificiellement.

Ces observations et les remarques faites a leurs propos démontrent suffisamment l'efficacité et l'innocuité de cette méthode qui ne trouble en rien le mécanisme physiologique de l'accouchement.

Il est donc inutile d'insister davantage. Mais nous voudrions insister pour la recommander à tous les praticiens à qui elle s'adresse particulièrement par sa technique facile, son outillage réduit l'innocuité absolue qu'elle présente et les bons résultats qu'elle donne.

Peut être pourrait-on appliquer cette méthode prophylactique à toute primipare en travail avant le dégagement.

Certainement du moins dans tous les cas où le manque de souplesse, d'élasticité des tissus périméaux peut faire craindre la déchirure du périnée.

L'excès de volume de la tête, une occipito-sacrée, un siège ou l'une quelconque des manœuvres qui réclament le relâchement des parties molles seront des indications à l'emploi de cette méthode absolument inoffensive.

CONCLUSIONS

1° Dans la majorité des cas les méthodes obstétricales courantes en dehors de toute anesthésie permettent d'éviter les déchirures du périnée au cours de l'accouchement. Ces méthodes sont cependant insuffisantes dans certaines conditions (enfant volumineux, présentations postérieures, primipares âgées, siège chez les primipares, etc., etc., ce qui explique la fréquence relative des déchirures du périnée dont les conséquences éloignées peuvent être sérieuses.

2° Les accidents ultérieurs sont souvent consécutifs à des ruptures interstitielles passées inaperçues parce qu'elles siègent sous des téguments restés intacts et qui par suite ne sont pas réparées.

3° A côté des autres anesthésies régionales telles que la rachi-anesthésie, l'anesthésie épidurale trans-sacrée et pré-sacrée qui ont été préconisées comme moyen prophylactique pour éviter les déchirures du périnée *l'anesthésie de la fosse ischiorectale* et du nerf honteux interne entraînant celle du releveur de l'anus nous paraît préférable. Sa technique est simple, son emploi ne présente aucun danger ni pour la mère ni pour l'enfant ; *elle est efficace tout en respectant le mécanisme physiologique de l'accouchement.*

Son emploi serait donc justifié dans tous les cas ou pour une raison quelconque on peut redouter la déchirure du périnée et plus particulièrement elle évite la déchirure interstitielle.

Vu : le Président de la thèse.

BRINDEAU.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Rouvière. — Anatomie.

Pauchet et Depret (S.). — Anatomie.

Dejerine. — Anatomie du système nerveux.

Hovelacque. — Anatomie du système nerveux.

Vignes (H.) — Physiologie obstétricale.

Bar. — Obstétrique.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.

Bar, Brindeau et Chamberlant. — La pratique de l'art de l'accouchement.

